RATOWNICTWO

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY SPRAWOM RATOWNICTWA LEKARSKIEGO, POŻARNICZEGO, WODNEGO, GAZOWEGO, W RAZIE KLĘSK ŻYWIOŁOWYCH i t. p.

WARSZAWA, KOPERNIKA 37. Tel. 633-63 Konto w P. K. O Nr. 14.661.

ORGAN WARSZAWSKIEGO POGOTOWIA RATUNKOWEGO

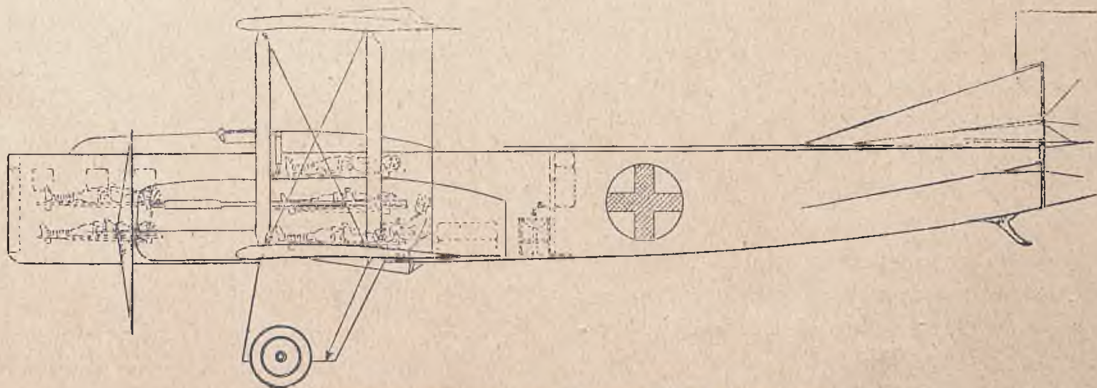
Rok II—1930 GRUDZIEŃ Nr. 12

Dr LEOSZKO

Przystosowanie samolotu do celów sanitarnych.

Idea użycia samolotu jako środka do transportu ciężko rannych i chorych, rzucona była przez lekarzy, — doświaczenia lekarskie bowiem wykazały, jak ważne znaczenie dla ratowania życia takich pacjentów, potrzebujących interwencji operacyjnej w jak najprędszym czasie, posiada szybki i przynoszący najmniej wstrząsu transport do szpitala.

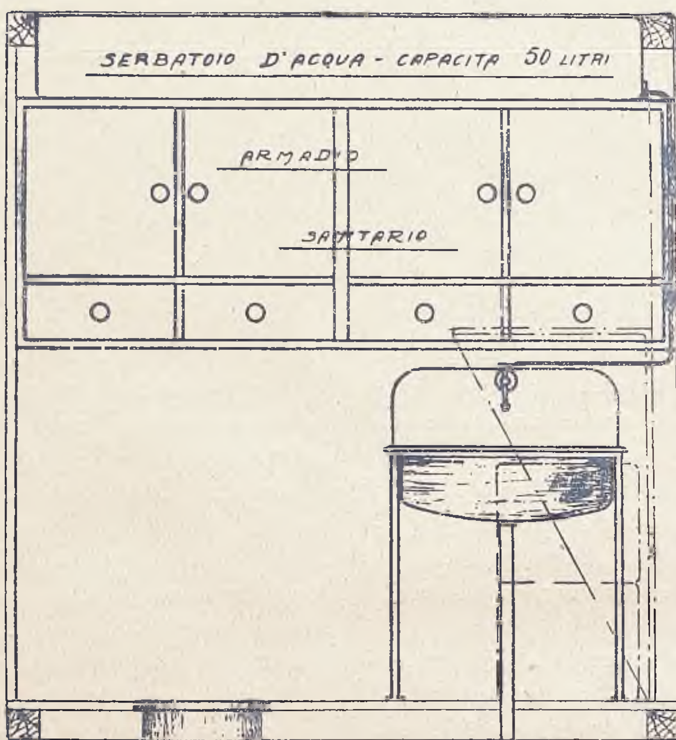
Pierwszym lekarzem, który rzucił myśl użycia samolotu do przewożenia rannych z pola walki, był generał lekarz holenderski de Mooy. Zrealizował ten pomysł w r. 1912 lekarz francuski Duchaussoy z Nicei, który podczas wielkich manewrów armji francuskiej na południu Francji przewozi na samolocie, już z godłami Czerwonego Krzyża, ciężko chorych i rannych do szpitali. Rozwój lotnictwa sanitarnego, jako stałej służby transportowej, podczas wojny światowej zawdzięczać należy wysiłkom i zasługom lekarza majora francuskiego Chassaing'a, który z doświadczeń wojennych przy transportach rannych widział, że ani pociągi, ani samochody sanitarne, nie



Plan płatowca sanitarnego typu „Farmana" F 62 w przekroju.

dają tych idealnych warunków, jakie posiada samolot, jako środek najszybszy i przynoszący najmniej krzywdy rannemu. Organizuje on eskadry lotniczo-sanitarne, otrzymując zezwolenie na przerobienie samolotu wojskowego typu „Dorand A.R.“ na samolot sanitarny o dwóch miejscach leżących, a w roku 1918, podczas wojny kolonjalnej w Marokku, kieruje transportem rannych na przerobionych według jego wskazówek samolotach typu Bréguet 14 A 2“.

Słusznie też nazwano lekarza Chassing'a ojcem lotnictwa sanitarnego, on bowiem wykazał jak wielkie usługi może przynieść samolot sanitarny, — przekonał ogół, że jest to środek transportu najidealniejszy i dający maximum bezpieczeństwa, udzielał cennych wskazówek firmom przy konstruowaniu nowych typow, specjalnie przystosowanych do celów sanitarnych.



Umywalnia w płatowcu sanitarnym typu „Farmana“ F. 62.

Lotnictwo sanitarne od czasu wojny światowej znaczy swój szybki rozwój zagranicą; obecnie wszystkie państwa zachodnie posiadają dobrze zorganizowaną służbę lotniczo - sanitarną, zaopatrzoną w najrozmaitsze typy samolotów większych i mniejszych.

Jakim wymaganiom winien odpowiadać samolot, przystosowany do celów sanitarnych? Przy odpowiedzi na to pytanie należy uwzględnić podwójną rolę samolotów sanitarnych, a mianowicie — samoloty przeznaczone do przewożenia personelu lekarskiego i samoloty do przewożenia ciężko rannych i chorych.

W pierwszym wypadku, kiedy zachodzi potrzeba szybkiego przewiezienia lekarza i jednocześnie dostarczenia do miejsc zagrożonych epidemją (tyfus, cholera, dyfteryt) odpowiedniej ilości środków leczniczych zapobiegawczych (szczepionki, surowice bakteryjne) — może być użyty samolot zwykły pasażerski, w kabinie którego jest umieszczona skrzynka apteczna, lub odpowiednio przerobiony samolot wojskowy dwumiejscowy.

Co się tyczy drugiej grupy, — samolotów, przeznaczonych do transportu ciężko rannych i chorych, to doświadczenia wykazały, że przeróbki czy to samolotów wojskowych, czy to pasażerskich nie uwzględniają tych wszystkich warunków, stawianych tej grupie.

Wymagania te są następujące:

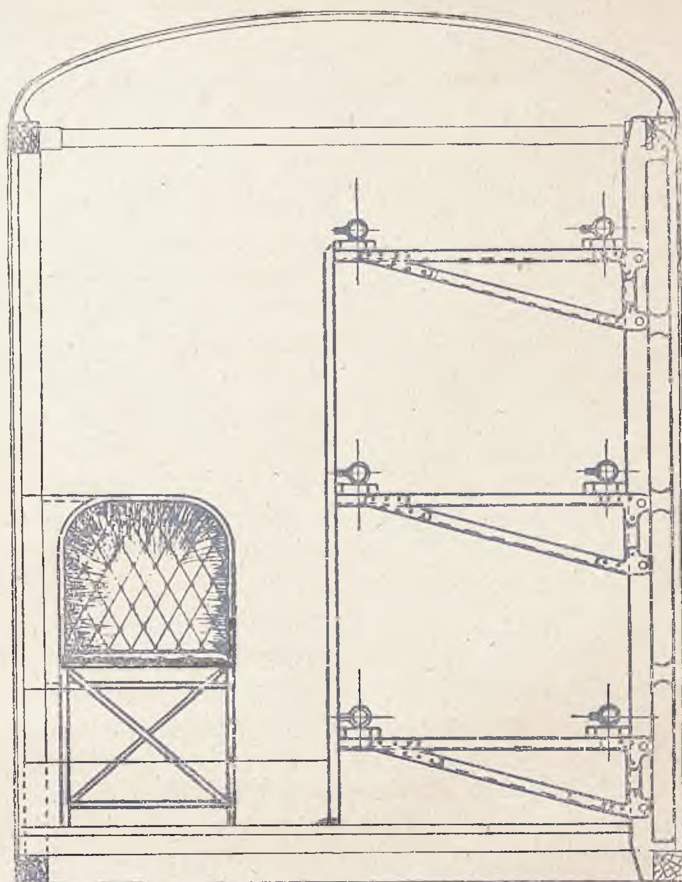
1. Drzwi kabiny winne być takich wymiarów, aby nie było trudności przy wnoszeniu i wynoszeniu rannych na noszach.

2. Nosze zawieszone mają być na elastycznych amortyzatorach, aby podczas lądowania pacjenci nie odczuwali najmniejszego wstrząsu.

3. Kabina powinna być dobrze oświetlona, ogrzewana i przewietrzana (wentylatory).

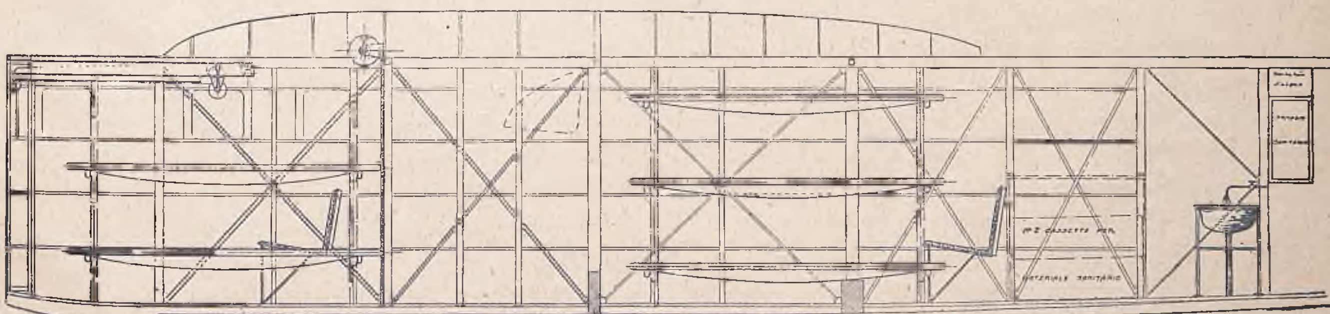
4. W kabinie większego samolotu, przeznaczonego do przewożenia 5 — 6 leżących i miejscem dla lekarza winna być umocowana umywalka z ciepłą wodą i szafka do niezbędnych narzędzi chirurgicznych, oraz środków lekarskich dla pierwszej pomocy (tlen, zastrzyki morfiny, kamfory i t. p.).

Z samolotów sanitarnych wielomiejscowych, nadających się do przewożenia rannych z pola walki i odpowiadających powyższym wymaganiom, wyszczególnić należy typ „Farman 62". „F.62", zaopatrzony w dwa silniki Lorraine po 400 H. P. posiada dwie kabiny, przednią i tylną; w przedniej kabinie są dwa miejsca dla leżących, w tylnej kabinie—trzy miejsca leżące oraz trzy krzesła składane dla siedzących lżej rannych. Oprócz tego w tylnej kabinie jest miejsce dla lekarza, umywalka ze zbiornikiem ciepłej wody, pojemności 50 litrów, mały stół opatrunkowy i szafa instrumentów i leków.


Urządzenie trapezów na których spoczywają nosze.

Do transportu chorych i rannych z prowincji w czasie pokojowym odpowiadają w zupełności swemu przeznaczeniu, używane obecnie w Polsce dwa typy: jednomiejscowy samolot sanitarny „Hanriot H. 14 S" i dwumiejscowy „Bréguet 14 T bis".

„Samoloty sanitarne".


Plan urządzenia kabiny płatowca sanitarnego typu „Farmana" F. 62 (przekrój długości).

Dr. S. CYTRONBERG.

O działaniu koloidów ochronnych (mucilaginosa) i o t. zw. leczeniu adsorpcyjnym.

Podajemy w streszczeniu pracę D-ra Cytronberga ze względu, że w Warszawskiem Pogotowiu Ratunkowem leczenie adsorpcyjne ma szerokie zastosowanie w przypadkach zatruć. Przeto nie od rzeczy będzie przypomnienie naukowe podstawy stosowania tego rodzaju leczenia w przypadkach nagłych.

W niektórych stanach nadmiernej pobudliwości poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego wydaje się celowym zmniejszenie natężenia bodźców mechanicznych, chemicznych, cieplnych i t. d. wywieranych przez zawartość przewodu na jego ścianę (śluzówkę). W tym celu od wieków stosowane są ciała śluzowate, skrobjowate, przetwory gumy arabskiej i t. d.

Według badań szkoły *Guthiera* odpowiednio przygotowane, wodne wyciągi z tych nasion i korzeni, jako też z ryżu jęczmienia, owsa i t. d. oraz roztwory gumy arabskiej (mucilago gummi arabici) i t. p. są wielce złożonymi układami koloidowemi, w których środowiskiem rozpraszającym jest rozcieńczony wodny roztwór różnych elektrolitów i nieelektrolitów, zaś środowiskiem rozproszonym śluz lub ciała skrobjowate czy żywicze, cząstki których odznaczają się przeważnie znacznym stopniem nawodnienia i rozproszenia oraz wielkiem tarciem wewnętrznem, powodującem wybitną lepkość całego układu. Wskutek tej wielkiej lepkości utrudnione są w bardzo znacznym stopniu ruchy przypadkowe t. zw. akcydentalne całego układu polidispersoidowego, spowodowane bądź przez mechaniczne wstrząsanie, różnice ciepłoty w różnych warstwach cieczy i t. p. Ciała koloidowe, zawarte w wymienionych wodnych wyciągach i odwarach, są też mało podatne na skłaczające i strącające działanie czynników zewnętrznych, a to wskutek swego znacznego nawodnienia i rozproszenia. Ta właściwość cząstek koloidowych jest powodem wielkiej trwałości ich stanu koloidowego. Wielki stopień rozproszenia koloidów powoduje również o, że ogólna ich powierzchnia jest bardzo znaczna i odpowiednio wielka jest suma ich energji powierzchnioczynnej, dzięki której one mogą działać, jako koloidy ochronne. W razie obecności wymienionych odwarów i wyciągów w świetle jelita następuje nagromadzenie się (adsorpcja) mnóstwa koloidów i krystaloidów, zawartych w treści jelitowej, na olbrzymiej powierzchni ich hidrofilowych cząstek. Nie bacząc na tę znaczną adsorpcję różnych składników treści jelitowej poprzednie właściwości wprowadzonego układu polidispersoidowego nie ulegają zbyt znacznym zmianom, t. j. zostaje zachowana w dużym stopniu jego wybitna lepkość i mała ruchliwość. Innemi słowy: pod wpływem wprowadzonych koloidów ochronnych ulegają zmianie zasadniczej cechy treści przewodu pokarmowego w tym kierunku, że wzrasta bardzo znacznie jej lepkość (tarcie wewnętrzne) i odpowiednio zmniejsza się jej podatność wobec ruchów mieszających i robaczkowych mięśniówki. Ponadto znaczne ilości cząstek rozproszonych lub rozpuszczonych w treści przewodu ulega adsorpcji przez hidrofilowe cząstki kolidu ochronnego. Natężenie bodźców chemicznych i mechanicznych, wywieranych poprzednio przez treść przewodu na jego ścianę znacznie się zmniejsza, a także ulega zahamowaniu wchłanianie jelitowe.

Dzięki tym właściwościom działania koloidów ochronnych są one oddawna stosowane w szeregu przypadków: 1) dla łagodzenia smaku pokarmów i napojów, zbyt drażniących zakończenia nerwowe jamy ustnej, a zwłaszcza zbyt kwaśnych (adsorpcja jonów H), 2) w różnych sprawach nieżytowych i zapalnych w celu ochrony nadmiernie wrażliwej śluzówki przewodu pokarmowego, 3) dla zahamowania wchłaniania doustnie wprowadzonych trucizn i wreszcie 4) dla ochrony środków leczniczych, mających działać w dolnych odcinkach jelita, przed zbyt szybkiem wchłanianiem w górnych odcinkach jelita albo też dla ochrony górnych odcinków przewodu przed masowym działaniem całej wprowadzonej masy leku, mającego zadziałać na możliwie większą powierzchnię śluzówki jelita. Bardzo dodatnie wyniki osiągano też oddawna w poważniejszych stanach zapalnych jelita grubego przy pomocy jego przepłókania wymienionemi środkami leczniczemi, zwłaszcza, jakkolwiek niewiele zdawano sobie sprawy z ich swoistych fizyczno-chemicznych właściwości.

Wiele puktów stycznych z działaniem wymienionych powyżej środków leczniczych ma t. zw. *leczenie adsorpcyjne**) polegające na doustnym wprowadzeniu większych lub mniejszych ilości maksymalnie rozdrobnionych ciał suchych nierozpuszczalnych w wodzie. Siły powierzchnioczynne grają wybitną rolę zarówno w działaniu leczniczem koloidów ochronnych, jako też w leczeniu adsorpcyjnym. Jednakże, w odróżnieniu od hidrofilowych koloidów ochronnych, których cząstki odznaczają się wielką zdolnością pęcznienia w wodzie, co nadaje całemu układowi polidispersoidowemu wybitne cechy emulsoidu koloidowego**), środki lecznicze, o których teraz mowa, są typowemi przedstawicielami ciał hidrofobowych, których cząstki nie pęcznieją w wodzie, i których mieszanina z wodą ma swoiste cechy zawiesiny (suspensji lub suspensoidu).

Badania wielu autorów nad różnemi gatunkami węgla pochodzenia zwierzęcego (carbo sanguinis, węgiel kostny), roślinnego (sosnowego, lipowego, jodłowego i t. d.), koksu z węgla brunatnego, kamiennego, antracytu, grafitu, sadzy i t. d. i innemi ciałami o silnme działaniu adsorpcyjnym, jako to bolus, sproszkowaną porcelaną (kaolina), talkiem, świeżo strąconemi nierozpuszczalnemi solami bizmutu wapnia, baru, tlenkiem i wodorotlenkiem żelaza, koloidowym kwasem krzemowym, azbestem i t. d. wielce rozszerzyły zakres naszych wiadomości o właściwościach tych oraz o celowem ich stosowaniu. Okazało się, że każde z nich ma szereg odrębnych właściwości. Niektóre adsorbują przeważnie lub wyłącznie pewną grupę ciał płynnych lub gazowych podczas gdy inne odznaczają się silną zdolnością adsorpcyjną wobec bardzo znacznej ilości różnych ciał. Energja adsorpcyjna każdego poszczególnego środka wobec danego ciała adsorbowanego także jest zmienna i wielce zależy od sposobu przygotowania odnośnego środka, odczynu środowiska i t. d.

Pośród wymienionych środków adsorpcyjnych *odpowiednio przygotowany węgiel* odznacza się największym zakresem działania adsorpcyjnego t j. jego zdolność adsorpcyjna rozciąga się na największą ilość rozmaitych ciał.

1) *Mocno „czynny" węgiel adsorbujący różni* się od „nieczynnego" węgla, z którego został przygotowany, tym, że jego zdolność adsorbowania kwasu karbolowego (fenolu) i innych ciał podobnych jest około 50 razy większa. Natomiast, jego zdolność adsorbowania gazów jest tylko około 3 razy większa. By określić energję adsorpcyjną węgla czynnego nie wystarcza zatem mierzenie jego adsorpcji wobec gazów, lecz koniecznym jest

*) Wyraz „leczenie adsorpcyjne" zostało wprowadzone przez L. Lichtwitza.

**) Wg. Bechholda.

mierzenie jego energji adsorpcyjnej wobec fenolu, sublimatu, kwasu szczawiowego, barwików i t. p.

2) Do przygotowania czynnego węgla nadają się tylko gatunki węgla bezpostaciowego, t. j. takie, które zawierają stosunkowo niewielką ilość nasyconych, uporządkowanych atomów węgla (krystalicznego grafitu) oraz bardzo znaczną ilość nienasyconych energetycznie nieuporządkowanych atomów, lub grup atomów węgla. W węglu bezpostaciowym nasycone i nienasycone atomy węgla otaczają wspólnie jamy o średnicy około 1 μ pozostałość po komórkach pierwotnej tkanki żywej, z której pochodzi dany węgiel. Obok tych jam stosunkowo dużych, istnieje jeszcze o wiele większa ilość jam znacznie mniejszych, t. zw. szpar atomowych, połączonych nader cienkiemi kanalikami. Ściany pomiędzy jamami mniejszemi mają rozmaitą grubość i są wielce wykrzywione. W najmocniej czynnych gatunkach węgla grubość ścian jest najmniejsza i wynosi zaledwie tyle, co przekrój 3 atomów węgla. Oprócz nasyconych i nienasyconych atomów węgla w wymienionych ścianach zawarte są także poszczególne atomy lub związki chemiczne innych pierwiastków. resztek mineralnych domieszek węgla. Podstawowa struktura węgla bezpostaciowego ma więc kształt tworu gąbczastego. Nienasycone atomy węgla albo też grupy tego nienasyconych atomów, dostępne ze strony wewnętrznych większych i mniejszych jam są właśnie ośrodkami adsorpcyjnemi, przyciągającemi ciała adsorbowane.

3) W nieczynnym węglu bezpostaciowym wewnętrzna powierzchnia większych jam jest pokryta warstwą nasyconych atomów węglowych, powstałych podczas zwęglania. Grubość tej wyściółki wynosi kilka atomów. Jest ona tak szczelna, że w zupełności zamyka (nawet helowi) dostęp do małych jamek. Wszelako, i taki nieczynny węgiel jest w stanie dość dobrze adsorbować różne gazy, a to dzięki przyciągającemu działaniu nienasyconych atomów węgla, przenikającemu z głębi poprzez warstwę atomów krystalistycznych.

4) Następowa aktywacja węgla ma na celu usunięcie wymienionej wyściółki. Można to osiągnąć przy pomocy rozmaitych czynników chemicznych i odpowiedniej ciepłoty (nagrzewanie w atmosferze H_2O, CO_2, p. w.). Po usunięciu warstwy węgla krystalicznego zostaje udostępniona droga do najmniejszych jam i do czynnych atomów nienasyconych, zawartych w ich ścianach. W następstwie aktywacji węgla, jego swoista zdolność adsorpcyjna wobec fenolu sublimatu i t. p. zwiększa się wielokrotnie, zaś adsorpcja gazów obojętnych wzrasta li tylko proporcjonalnie do ogólnego powiększenia się dostępnej wewnętrznej powierzchni węgla.

Największej szybkości adsorpcji można więc spodziewać się po węglu o ziarenkach wielkości drobin sadzy.

Do stosowania doustnego bardziej nadają się jednak przetwory węgla o nieco większych ziarenkach (0,5—1,0 mm. średnicy) łatwiejsze do połykania. Przetwory te odznaczają się coprawda mniejszą szybkością adsorpcji, jednakże, w razie stosowania mocno czynnych gatunków węgla, ogólna ilość materjału adsorbowanego przez nie jest nie mniejsza, niż przy stosowaniu wielce rozdrobnionych proszków.

Ogółem, leczenie adsorpcyjne stanów chorobowych przewodu pokarmowego przy pomocy odpowiednich środków leczniczych i djetetycznych znalazło dotychczas zastosowanie.

1) W przypadkach wzmożonego ilościowo i jakościowo wydzielania żołądkowego (hypersecretio et hyperchlorhydria) niezależnie od tła tego zaburzenia czynnościowego, a więc zarówno w nieżycie nadkwaśnym żołądka, wrzodzie trawiennym żołądka, lub dwunastnicy i t. d., jako też w „samoistnych", czy „wtórnych" nerwicach żołądka.

2) W rozwolnieniach często towarzyszących różnym postaciom czynnościowych zaburzeń trawienia żołądkowego i jelitowego oraz nieżytom jelita.

3) W ostrych sprawach zakaźnych jelita cienkiego i grubego, jako to w czerwonce, cholerze, durze brzusznym paratyfusie i t. d oraz w innych ostrych czy przewlekłych sprawach jelita.

4) W pewnych przypadkach samozatrucia jadami jelitowemi, w foetor ex ore, w niektórych postaciach przewlekłego nieżytu jelita, połączonego raczej z zaparciem.

5) W zatruciach kwasami, zasadami, solami, metali ciężkich oraz jadami organicznemi (alkaloidami i t. d.).

W tych przypadkach oddawna podawano, jako odtrutkę, pokarmy i środki lecznicze o działaniu adsorpcyjnym. Pośród odnośnych pokarmów najczęściej stosowane są odwary śluzowe, mleko, białko, zawiesiny tłuszczu i t. p., odznaczające się znacznym rozproszeniem koloidów, w nich zawartych, oraz odpowiednio wielką energją powierzchnioczynną, powodującą silną adsorpcję cząstek jadu obecnego w przewodzie pokarmowym. Znaczna część koloidowych składników wymienionych pokarmów działa, jako hidrofilowe koloidy ochronne. Co się tyczy stosowania leczniczych środków adsorpcyjnych, to ono oparte jest na powyżej wspomnianych doświadczeniach, przeprowadzonych in vitro oraz in vivo przez *Garroda, Bunsena Biltza, Wiechowskiego, Joachimoglu* i wielu i innych, które to doświadczenia wykazały niezwykle silną adsorpcję najniebezpieczniejszych trucizn organicznych i nieorganicznych, jako to strychniny, kwasu karbolowego, sublimatu i t. d. przez węgiel, bolus alba i t. d. Natychmiastowe stosowanie tych środków w przypadkach zatrucia rozpowszechnia się ostatnio coraz bardziej. I rzeczywiście, nie ulega wątpliwości, że dopóty, dopóki wprowadzona trucizna znajduje się jeszcze w przewodzie pokarmowym, a więc jest dostępna adsorbującemu działaniu wprowadzonego środka, stosowanie węgla, bolus alba i t. p. daje doskonałe wyniki. Należy, jednak, przyjąć pod uwagę, że poszczególne środki adsorpcyjne w bardzo różnej mierze adsorbują rozmaite jady. Tak np. zdolność adsorpcyjna poszczególnych gatunków węgla wobec strychniny wcale nie idzie w parze z ich adsorbcją jodu. Według Joachimoglu pewien gatunek węgla kostnego (*Kahlbauma*), słabo adsorbujący jod, adsorbował strychninę wielokrotnie mocniej, niż carbo sanguinis, który natomiast odznaczał się wybitną energją adsorbcyjną wobec jodu. Niektóre gatunki węgla kostnego prawie wcale nieadsorbują strychniny.

To samo dotyczy arszenikanu i salicyanu sodu (*Kap Soo-Lee*), które, podobnie do strychniny, zostają tak silnie zaadsorbowane przez węgiel zwierzęcy, że nie dochodzi wcale do ich wchłaniania w jelicie. Przeciwnie, jod, kwas karbolowy i t. d., jakkolwiek zostają mocno zaadsorbowane przez odpowiednie gatunki węgla zwierzęcego i inne środki adsorpcyjne, to jednak, stopniowo ulegają wessaniu w jelicie. Lecznicze działanie odnośnych środków adsorbujących jest, tym niemniej, nader ważne, gdyż dzięki nim wchłanianie jelitowe rozciąga się na tak długi okres czasu, że wydalanie trucizny przez nerki może dotrzymać kroku jej wsysaniu w jelicie, wskutek czego jej stężenie w sokach i tkankach zostaje utrzymane na możliwie niskim poziomie.

W ostrych zatruciach stosuje się, zazwyczaj, o wiele większe dawki środków adsorpcyjnych, niż w innych, stanach chorobowych. Zwłaszcza przy natychmiastowym płókaniu żołądka (w przypadkach, w których nie zachodzi obawa jego przedziurawienia) można śmiało stosować po 50 — 100 i 200 gr. najbardziej czynnych gatunków węgla, adsorbującego lub bolus alba, kaoliny i t. d. dokładnie zmieszanych

z wodą. Ponadto chory winien otrzymać wielkie dawki doustne tych środków, mające na celu zaadsorpowanie i uniemożliwienie lub zahamowanie wchłaniania tej części trucizny, która została usunięta do jelita. Odpowiednie pożywienie o silnych własnościach adsorpcyjnych (p. w.) i środek czyszczący. usuwający nadmiar przyjętego węgla, i t. d. wraz z adsorpowanym jadem uzupełniają dzieło zwalczania trucizny, która znajdywała się jeszcze w przewodzie w chwili rozpoczęcia leczenia. Zbyteczne chyba nadmienić, że działanie środków adsorpcyjnych nie może, siłą rzeczy, rozciągać się na część trucizny, która została wessana przez śluzówkę przewodu, zanim zdołano zastosować leczenie adsorpcyjne.

Wyciąg z „Wiedzy Lekarskiej“ 1929 r.

BIBLJOGRAFJA RATOWNICTWA

Atlasik — Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. Książki dla wszystkich Nr. 609.

Anweisung zur zweckmässigen Behandlung und Rettung der Scheintoten oder durch plötzliche Zufälle verunglückten Personen. Wydanie oficjalne 1820 r. Berlin.

Biehler Wacław Dr med. Pomoc doraźna w wypadkach nagłych. Pielęgniarstwo. 1920. Warszawa.

Berichte der „Wiener Freiw.-Ret. Ges,“ pro 1887, 1888, 1889.

Budapester Freiw.-Ret. Ges. Budapeszt 1909 N44192 W. Tow. Lek.

Bierdiajew - Dr. K Woprosy o podaniu pierwoj pomoszczi w nieszczastnych słuczajach. Petersburg 1897. Biblioteka W. T. L.19 253.

Broguere Dr. La medecine des accidents et premiers sécours a donner. Paris, B. W. T. L. N-24954.

Blau Dr. Diagnostika i terapia pri ugrożajuszczych opasnostiu boleznniennych simptomach, Petersburg 1885, B. W. T. L. N-44148.

Charas Dr. Der Sanitätsambulanswagen der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft, 1883 r. Bibl. Tow. Lek. N-30110.

Corre A. Dr. La practique de la chirurgie dúrgence. Paris 1872. B. W. T. L. N-25536.

Dum-s F. K. Dr. Die Ausbildung der Feuerwehr in der ersten Hilfeleistung bei Unglücksfällen, Leipzig. 1913.

Deboussiere Dr. Tableaux synoptiques de medecine durgence, 1902 Paris, B. W. T. L. N-45247.

Esmarch F. Prof. Die erste Hülfe bei Verletzungen. Ein populärer Vortrag, Hannover 1875 bei Karl Tumpler. Bibl. W. T. L. N-26965.

Esmarch F. Prof. Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglüksfällen. Leipzig, 1882, B. W. T. L. N-33803

Fels J. Dr. Poradnik w nagłych zasłabnięciach i wypadkach. Lwów 1920 r. Bibljoteka Zdrowia T. II.

Fels J. Dr. Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. Bibljoteka Powszechna, Złoczów 1912.

Ferrand et Delpech. Premiers sécours en cas d'accidents. Paris 1888. B. W. T. L, N-26988.

Ferrand E. Pharmacien. Premiers sécours aux empoisonnes etc. B. W. T. L. N-36789.

Gilewicz Z. W sprawie konnego wozu sanitarnego do transportu rannych. Warszawa 1925 r, zł. 1.20. Gł. Księgarnia Wojsk. Nowy Świat 69, tel. 202-19.

Gottig J. Dr. Tabelle der ersten Hülfsmittel bei Vergiftungen bis zur Ankunft des Arztes-Basel. B. W. T. L. N-34601.

Hilarowicz Henryk Dr. Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. Lwów-Warszawa 1925.

Handelsman Bronisław Dr. Zasady pielęgnowania chorych, 1920. Łódź.

Havet M. Dr. Code Sanitaire, Sécours a donner avant l'arrivée du docteur. Bruxelles 1830. B. W. T. N-18045.

Hensler Dr. Anzeige der hauptsächlichen Retungsmittel etc. Altona 1770. Bibljoteka W. T. L. N-5355.

Jahresschrift der Wiener freiw. Ret. Gesel. 1884 1885-1886-1887-1888.

Janiszewski Ludwik. „O ranach w ogólności“ O podaniu pierwszej pomocy. Petersburg 1863 B. W. T. L. N-12417.

Janikowski A. Prof. Wiadomości o ratowaniu osób w stanie pozornej śmierci będących, albo nagłą utratą życia zagrożonych. Przez Radę Lekarską Królestwa Polskiego 1845 i 1856 r. B. W. T, L. N-23576.

Janikowski A. Prof. Wiadomości o ratowaniu osób na pozór zmarłych-uzupełnione 1870 r. B. W. T. L. N-23548.

Kimmel Prof. Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglüksfällen. Ein Seitfaden für Samariter Schwester. (nowe).

Kalendarz lekarski „Medycyna" 1928 r.

Jaksch R. Dr. Die Vergiftungen 1910.

Kawałek. Pierwsza pomoc w zatruciu gazami bojowemi zł. 1.60. Lwów, Kopernika 3.

Kurcjusz Dr med. Opis chorób prędkiego ratunku potrzebujących, Warszawa 1783 r, B. W. T. L. N-6129.

Kinzel F. Dr med. Sposoby ratowania nieszczęśliwych, Warszawa 1806 r. B. W. T. L. N-5146.

Łazarowicz Klemens Dr Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach. Warszawa, Wyd. I-32497, Wyd. III.

Lejars. Chirurgja w nagłych wypadkach (po francusku, niemiecku i rosyjsku), duże dzieło B. W. T. L.

Lenzman R. Dr med. Die Pathologie und Therapie der plötzlich das Leben gefährdenden Krankheitszustände. Jena 1913, B. W. T. L. N-49914.

Lesser Dr med. Chirurgiczeskaja pomoszcz w słuczajach ugrażajuszczych żyzni. Kiew 1881 r. 20975 i po niemiecku 10442. B. W. T. L.

Müller J. Dr. med. Seitfaden zur Gesundheistlehre und ersten Hilfe in Unglüksfällen 1912.

Mosetig-Moorhof Prof. Erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen.. Wien 1883. und sechs gemeinverstendliche Vorträge über die Erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen. Wien 1884.

Monatsblätter, Vierteljahrschrift und Jahresschrift der Wiener freiwilligen Rett.-Ges. pro 1882 1883-1884, geb. a 1 fl.

Maleszewski Klemens Dr med. Krótka nauka felczerska . Wilno 1848 r. B. W. T. L. N-139.

Moczarski Dr. O stosowaniu sposobu Laborde'a.

Maresz Ignacy Dr. O pomocy w nagłych wypadkach 1899 r. B. W, T. L. N-35959.

Mare Dr (patrz Weyland). Der erste Leibarzt des Königs der Franzosen.

Mare C. Dr. Nouvelles recherches sur les sécours a donner aux noyés et asphyxiés.

Podręcznik dla sanitarjuszy i pielęgniarzy. Poznań 1921 r. (z niemieckiego.)

Pouchet Dr. Medication des empoisonnéments 1911 Paris: W, T. L. N-44639.

Obarski F. Dr. Przyczynek do otrucia spirytusem skażonym. Gazeta Lek. 1914 N-34.

Obarski F. Dr. Przyczynek do leczenia zatrucia sublimatem. Nowiny Lek. 1928. Zeszyt 19.

„Ratownictwo w obrazach" (1929) cztery barwne tablice. Do nabycia .w Warszawie ul. Koperna 37 „Ratownictwo".

Rettungswesen über das Freiwillige in Europa und Amerika, Wien 1884.

Ramm Dr. Otrawlenja - Priznaki. Leczenje. Petersburg 1899. W. T. L. N-48827.

XXX-cie lat Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego. Wydanie jubileuszowe 1897 - 1927.

Richter D. Alphabetisches Taschenbuch der Rettungs-mittel etc. . . 1899. Bibl. W. T. L. N-18272

Rüdiger D. L. Stadtwundarzt. Über die Rettungsmittel bei Ertrunkenen. 1794. Bibl. W. T. L. N-4686.

Rotter E. Dr. Der Nothelfer, 1899. Bibl. W. T. L. N-32490.

Szczeniowski Stefan i Szabłowski Stanisław. Instrukcja dla Policji Wodnej. Warszawa 1928 r.

Topielców ratowanie. Maatschappij Tot reding van drenkelingen 1926. Holenderski.

Transport von Kranken und Verletzten. Wien 1883

Trapp Prof. Pierwyja posobja pri otrawlenji. Petersburg 1863.

Troussel. Erste Hilfleistungen in plötzlich lebensgefährlichen Krankheiten und Zufällen. (tłom. z francuskiego 1826 r.) Bibl. W. T. L. N-18226

Scherff Dr. Anzeige der Rettungsmittel bei leblosen i t. d. 1787. Leipzig. Bibl. W. T. L. N- 9616.

Sultan und Schreiber. Pierwaja pomoszcz w niesczastnych słuczajach. 1905. Bibl. W. T. L. N-27393.

Wiener Freiwillige Rettugsgesellschaft Gegründet 9-XII-1881. Die Dienstes-vorschriften 1887 und 1889. Bibl. W. T. L. N-33811.

Vorträge: 1) neun gemeinverständliche gehalten in Akad. Gymnasium in Wien im November 1886 N-18923. Wien 1887-1888-1889.
2) sieben .... in November 1887.
3) acht .... in November 1888.

Wroński Wład. Dr. Jak sobie radzić w nagłych wypadkach choroby przed przybyciem lekarza Dla pożytku ludu wiejskiego. Warszawa 1900 i 1908.

Wsiewołożskij W. Dr. Prijomy podaczi pierwoj pomoszczi. Petersburg 1911. Bibl. W.T. L. N-32249

Vorlesungen über die Rettungsmittel beim Scheintote von Dr J. Berut, Wien 1819, Bibl. W. T. L. N-17767.

Weigel Dr. Jego sposób sztucznego oddychania Polska Gaz. Lekarska 1924.

Weyland G. Dr. Untersuchungen über die Hilfe bei Scheintoten 1836 (tłomaczenie z francuskiego) Bibl. W. T. L. N-4108.

Zawadzki Józef Dr. Krótki rys ratownictwa. Wyd. III. Warszawa 1929 r.

Zawadzki Józef Dr. O pierwszym opatrunku i o opatrywaniu ran. Warszawa 1914 r.

Z KRONIKI WYPADKÓW

Refleks pośmiertny.

Wstrząsająca przygoda przytrafiła się w tych dniach jednemu z lekarzy paryskich, któremu polecono obdukcję zwłok mężczyzny, dostarczonych do Instytutu medycyny sądowej

Lekarz rozpoczął sekcję od nacięcia szyi trupa dla odsłonięcia jednego z głównych sznurów nerwowych. W tejże chwili trup podniósł rękę i całą siłą uderzył pięścią w twarz lekarza, który więcej z przerażenia, niż z bólu, stracił na kilka minut przytomność.

Gdy wreszcie odzyskał zmysły, ujrzał. że ręka trupa sterczy wciąż tak, jak w chwili uderzenia. Rękę tą zdołano z wielkim trudem przywrócić do dawnej pozycji.

Nie ulega wątpliwości, że przy dotknięciu nerwu skalpelem nastąpił reflekt, wywołując ruch całej ręki u poddanego obdukcji, którego śmierć była stanowczo stwierdzona.

Wypadek śpiączki w Wilnie.

Do Wilna przybył w odwiedziny do swej rodziny 50-letni Abraham Weidman. W czasie kilkudniowego swego pobytu w Wilnie czuł się Weidman zupełnie dobrze. Pewnego dnia wieczorem położył się do łóżka i na drugi dzień nie można było się go dobudzić, choć serce i puls funkcjonowały normalnie. Gdy do wieczora tego dnia Weldman spał dalej, odstawiono go na zlecenie lekarza do żydowskiego szpitala, gdzie rozpoznano wypadek rzadkiej choroby, śpiączki. Weldman dotychczas nie obudził się i istnieje obawa o jego życie, gdyż organizm jest wyczerpany z powodu nieprzyjmowania pokarmów podczas długotrwałego snu.

Walka z ołowicą.

Zarząd spółki Gieschego wypowiedział pracę 34 robotnikom, zatrutym ołowiem, zatrudnionym w hucie cynkowej w Białym Szarlaku (Górny Śląsk). Lekarze uznali ich za niezdolnych do pracy. Na skutek interwencji komisarza demobilizacyjnego, zarząd spółki Gieschego cofnął zwolnienia i wysłał robotników na kurację. Pozatem zarząd przedsiębiorstwa zobowiązał się współdziałać w akcji zwalczania choroby, t. zw. ołowicy. Akcję tę podjęła inspekcja pracy w Katowicach. W Polsce choroba ta nie jest dokładnie znana.

Samobójstwo w ambulatorjum Kasy Chorych.

Dnia 2 grudnia r. b. w samo południe, zdarzył się w ambulatorjum Kasy Chorych, przy ul. Jagiellońskiej, na Pradze, wypadek samobójstwa jednego z oczekujących w „kolejce" pacjentów.

Do gmachu Kasy, do mieszczącego się na czwartem piętrze ambulatorjum, zgłosił się pacjent, 35 letni robotnik, Piotr Sowiński, pochodzący z Marek. Nękany cierpieniem Sowiński. po oczekiwaniu podszedł do okna i nim zdołano mu przeszkodzić, otworzył je i szybko wyskoczył z wysokości 4-go piętra.

Nieszczęśliwy kilka minut leżał na bruku, dając coraz słabsze oznaki życia. Z ambulatorjum zadzwoniono po pogotowie Kasy Chorych, które wezwało ze swej strony Pogotowie Ratunkowe(?). Przybyły stamtąd lekarz stwierdził śmierć Sowińskiego z powodu krwotoku wewnętrznego i pęknięcia podstawy czaszki.

Masowe zgony wskutek mgły?

W dniach 4 i 5 grudnia r. b. w dolinie Mozy w okolicach Engis (Belgja) zanotowano 64 zgony osób w wieku od 30 do 70 lat. Przyczyną zgonów miała być gęsta mgła, nie pozwalająca na rozróżnianie przedmiotów już w odległości metra. Dodać należy, że wszystkie zmarłe osoby cierpiały na astmę.

Dzienniki wysuwają hipotezę, że w panującej w okolicach Engis mgle rozprzestrzeniał się jakiś nieznany a szkodliwy gaz. Duża ilość zwierząt domowych w tych okolicach padła również w tych dniach.

W związku z tajemniczemi zgonami władze sądowe Leodjum przesłuchały szereg chorych, których zeznania nie wniosły jednak nic nowego do sprawy.

Istnieją dwa przypuszczenia: iż przyczyną śmierci była niezwykle zimna i gęsta mgła, która spowodowała nagłą śmierć osób chorych już przedtem na płuca, lub też, że przyczyną katastrofy były gazy trujące.

Istnieje prawdopodobieństwo, że przyczyną katastrofy były gazy, które wydostawały się z kominów pobliskich fabryk chemicznych. Gęsta mgła mogła przeszkodzić rozpraszaniu stę gazów w powietrzu i spowodować zgęszczenie wyziewów z kominów fabrycznych na powierzchni ziemi, wskutek czego zatrute powietrze wywołało śmiertelne następstwa wśród słabszych organizmów.

Nad wyświetleniem przyczyny tajemniczej śmierci pracuje państwowa komisja lekarska.

Zaznaczamy, iż do czasu wydania grudniowego numeru „Ratownictwa", mgła i nagłe zgony w Belgji rozszerzają się w dalszym ciągu, wobec czego powrócimy do omówienia tajemniczych zgonów z powodu mgły w numerze styczniowym naszego wydawnictwa.

Sprawozdanie Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego
za m. październik 1930 r.

Udzielono pomocy od założenia instytucji	liczba wezwań	liczba wyjazdów	fałszywe alarmy	udzielono pomocy w ambulatorjum	mężczyznom	kobietom	dzieciom	przypadki wewnętrzne	przypadki chirurgiczne	porody i poronienia	choroby umysłowe i nerwowe	zamachy samobójcze	samobójstwa	nagła śmierć	oparzenia	przypadki oczne	symulacje	przewozy chorych
191.613	1115	173	5	684	666	391	53	48	610	2	11	15	3	6	19	143	—	253

Sprawozdanie Lwowskiego Pogotowia Ratunkowego
za m. październik 1930 r.

Udzielono pomocy	Mężczyznom	Kobietom	Dzieciom	W dzień	W nocy	Wypadki chirurg.	Zasłabnięcia	Zamachy samob.	Zabójstwa	Śmierci nagłych	Zatrucia alkohol.	Otrucia	Postrzały	Porody i poronien	Obłąkania	Fałszywe alarmy	Przewozy chorych
1298	670	454	174	1148	150	900	145	20	—	2	1	16	1	4	5	—	233

Sprawozdanie Poznańskiego Pogotowia Ratunkowego
za m. październik 1930 r.

Udzielono pomocy	Mężczyznom	Kobietom	Dzieciom	W dzień	W nocy	Wypadki chirur.	Zasłabnięcia	Zamachy samob.	Zabójstw	Śmierć nagła	Zatrucia alkohol.	Otrucia	Postrzały	Porody i poronien.	Obłąkanie	Fałszywe alarmy	Przewozy chorych
433	220	168	45	320	113	168	186	7	—	3	8	7	—	—	2	—	72

Sprawozdanie Wileńskiego Pogotowia Ratunkowego
za m. październik 1930 r.

Wezwań	wyjazdowych	ambulatoryjnych	mężczyzn	kobiet	dzieci	odmówiono pomocy	odwieziono do szpitali	odwieziono do domu	bez odwiezienia	alarmy fałszywe	wypadki chirurgiczne	zasłabnięcia	w tem otruć											porody i poronien.	obłąkanie	śmierć	przewozy chorych
													alkaloidami	alkoholami	spirytusem metylowym	amoniakiem	parocią	grzybami	kwasem octowym	jodyną	zaczadzeń	benzyną	innemi truciznami				
473	211	262	253	133	51	22	92	7	79	13	293	144		3	1	—	—	—	6	1	—	2	2	12	2	5	124

Sprawozdanie Lubelskiego Pogotowia Ratunkowego.
za m. październik 1930 r.

Wstrząs ogólny i potłuczenie	wstrząs mózgu	otarcie skóry i stłuczenia	rany cięte i kłute	rany szarpano-tłuczone i kąsane	skręcenie i zwich.	złamanie kości zwyczajnej	krwotoki chirurg.	ciała obce	oparzenia	uwięźnięcie przep.	podniecenie alkoh.	symulacja	zatrucie kwasami	zatrucie alkaloidami	zatrucie gazem świetlnym	zatrucie nierozpoznanemi środkami	powieszenie	porody i poronien.	appendicitis ac.	choroby wewnętrz.	stwierdzenie zgon.	Fałszywy alarm	inne	Razem	z tego udzielono pomocy na stacji	na miejscu	przewóz chorych
4	1	39	44	72	6	7	8	11	4	2	3	1	5	1	2	2	1	5	3	23	3	4	24	275	188	87	39

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie

za m. październik 1930 r.

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci
Ogółem od założenia instytucji wezwań	464.214			
I. Ilość wezwań	2.676			
II. Udzielono pomocy na stacji	1.956	1.037	571	348
III. Udzielono pom. na mieście	421	251	149	21
A. Rodzaj zajęcia				
Zajęcia wolne	216	146	70	—
Ucząca się młodzież	136	36	15	86
Wojskowi i policja	20	20	—	—
Robotnicy i rzemieślnicy . .	1.247	946	277	24
Bez zajęcia	684	100	325	259
Niewiadomy	73	40	33	—
I. Choroby wewnętrzne . .	232	118	86	28
Zatrucie wyskokami	76*	67*	9*	—
„ lekarstwami i in. trucizn.	9	7	—	2
Śmierć	10	9	1	—
Brak zmian chorobowych . .	25	5	5	15
II. Choroby chirurgiczne .	2.043	1.132	570	341
Wstrząs	—	—	—	—
Wstrząśnienie mózgu	2	2	—	—
Obtarcia skóry	111	68	25	18
Stłuczenia	258	127	73	58
Zmiażdżenia	3	—	—	3
Rany cięte	322	187	82	53
„ kłute	58	45	8	5
„ postrzałowe	18	16	2	—
„ tłuczone	485	323	87	75
„ kąsane	17	10	4	3
„ szarpane	31	24	4	3
„ miażdżone	4	1	2	1
Nadwerężenia stawów . . .	45	18	16	11
Zwichnięcia	14	7	5	2
Złamanie kości proste . . .	78	37	20	21
„ „ powikłane . .	1	1	—	—
Krwotoki	27	9	12	6
Ciała obce	413	175	180	58

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci
Oparzenia termiczne i chemicz.	38	12	16	10
Zatrzymanie moczu . . .	1	1	—	—
Uwięźnięcie przepukliny . . .	3	3	—	—
Inne choroby chirurgiczne . .	111	64	33	14
Śmierć	3	2	1	—
III. Samobójstwa	89	38	51	—
Otrucie kwasami	52	15	37	—
„ zasadami	2	1	1	-
„ sublimatem	5	1	4	—
„ jodyną	10	3	7	—
„ arszenikiem . . .	1	—	1	—
„ alkaloidami	1	—	1	—
„ gazem świetlnym .	1	—	1	—
„ karbolem	—	—	—	—
„ innemi truciznami . .	7	4	3	—
Postrzały	7	6	1	—
Rany cięte i kłute	6	4	2	—
Utopienie	2	1	1	—
Powieszenie i uduszenie się .	4	3	1	—
Rzucenie się z wysokości . .	1	—	1	—
Śmierć	9**	7	2	—
IV. Porody i poronienia . .	8	—	8	—
V. Obłąkanie	—	—	—	—
VI. Symulacja	5	—	5	—
Po udzieleniu pomocy na mieście:				
a) Zostawiono na miejscu . .	167	105	51	11
b) Przewieziono chorych . .	254	146	98	10
Posterunki tymczasowe . .	22	—	—	—
Przeciętna ilość wezw. dzien.	86	—	—	—
Katastrofy:				
A. Cyfra ogólna katastrof . .	2	—	—	—
B. Liczba ofiar	10	—	—	—
C. Liczba lekarzy, niosących pomoc.	1	—	—	—

*) 61 pijanych z uszkodzeniami:
- starć naskórka i stłuczeń 4
- nadwyrężenia —
- zwichnięcia —
- ran tłuczonych 29
- „ ciętych i kłutych 15
- „ postrzałowych 2
- „ szarpanych —
- złamań 3
- zmiażdżeń —
- otrucia 5
- skok z wysokości —
- bóle brzucha 1
- histerja —
- symulacji 2

Rozpraw nożowych: 29
Bójek: 274
Przejechań: 104
- *a)* przez wozy i dorożki 15
- *b)* koleje 2
- *c)* tramwaje 12
- *d)* samochody 69
- *e)* rowery 5
- *f)* motocykle 1

Upadnięć z wysokości 37
- *a)* z rusztowania 3
- *b)* „ tramwaju 6
- *c)* „ wozu 1
- *d)* „ wagonu 3
- *e)* „ samochodu —
- *f)* „ motocyklu —
- *g)* „ roweru 2
- *h)* „ schodów 8
- *i)* „ okna 1
- *j)* „ dachu 3
- *k)* „ drabiny 9
- *l)* „ mostu —
- *ł)* „ konia 1
- *m)* „ drzewa —
- *n)* „ huśtawki —

Postrzały jako napad: 3
Uduszenia „ „ —
Oparzenie „ „ —
Uszkodzenia:
- *a)* przedmiotami spadłemi z rusztowania 2
- *b)* z okien i balkonu 3
- *c)* z dachu —

**) śmierci 9:
- rany cięte i kłute 1
- rzuceń się z wysokości 6
- powieszeń 4
- rany postrzałowe 4
- otrucie esencją octową 1
- „ subst. nieznaną —
- „ gazem świetlnym —

Posterunki tymczasowe: 22
Dn. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31 października r. b. na wyścigach konnych.

KRONIKA RATOWNICZA

Z Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego.

Dnia 26 listopada r. b. odbyło się pod przewodnictwem pana prezesa d-ra Józefa Zawadzkiego, zwykłe miesięczne posiedzenie Zarządu T-stwa. Obecni byli pp.: d-r H. Kucharzewski, d-r L. Sobieszczański, R. Kunkel, S. Gano, J. Chyliński, d-r Rudziński i lekarz naczelny Pogotowia d-r Franciszek Białokur.

Pan Minister Przemysłu i Handlu nadasłał T-stwu złoty medal za działalność ratowniczą w związku z Wystawą powszechną w Poznaniu w 1929 roku.

Ze szpitalnictwa.

Magistrat m. Warszawy mianował na stanowisko lekarza naczelnego szpitala św. Stanisława dr. Konrada Orzechowskiego, obecnego szefa służby zdrowia w powiecie warszawskim.

Dr. Orzechowski obejmie nowe stanowisko z dn. 1 grudnia r. b.

Serum przeciw tuberkulozie.

Na odbytym niedawno kongresie lekarskim w Królewcu dowiedziano się, że w mieście tem bawi chwilowo profesor japońskiego uniwersytetu, znany badacz tuberkulozy dr. Arema. Zwrócono się więc do niego natychmiast z prośbą o odczyt. Profesor przyjął zaproszenie, a w odczycie swym podał rewelacyjne wprost nowiny dla świata lekarskiego. Twierdził on, że podczas swych długich badań wynalazł serum przeciwtuberkuliczne, o zupełnie nieszkodliwych i nietrujących składnikach, a tak leczniczych, że nieraz jedno wstrzyknięcie tego preparatu podczas badań wystarczało mu do uleczenia chorego kompletnie. Serum to nazwał „AO". Słuchacze podczas odczytu odnieśli się do rewelacji prof. Arema dość sceptycznie, kilka jednak znakomicie udałych prób przeprowadzonych w ich obecności, zmieniło zupełnie początkowe niedowierzanie.

Gruźlica i jej zwalczanie.

Przy poparciu min. spraw wewnętrznych (Dep. służby zdrowia) polski związek przeciwgruźliczy przystępuje do organizacji 3-miesięcznego kursu uzupełniającego dla lekarzy — mającego za zadanie przygotowanie lekarzy dla akcji przeciwgruźliczej, zwłaszcza lekarzy, mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych.

Obecny kurs uwzględni w pierwszym rzędzie studja praktyczne, jak również obejmie szereg wykładów teoretycznych z dziedziny lecznictwa gruźlicy (zwracając uwagę na zabiegi, jak odma sztuczna, phrenicoexeraesa i t. p.), oraz metod walki z gruźlicą. Każdy ze słuchaczy kursu będzie miał możność praktycznego zapoznania się z kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki (Stage'u), w zakresie gruźlicy wewnętrznej, chirurgicznej i dziecięcej, w klinikach uniw. warszawskiego i na oddziałach szpitalnych. Nadto każdy słuchacz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w warszawskich poradniach przeciwgruźliczych. Dla ułatwienia odbycia kursu zostaną przyznane dla 10 lekarzy stypendja zwrotne w terminie 5 lat w wysokości 500 zł. dla każdego. Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli lekarze delegowani przez min. spraw wewnętrznych. (Dep. służby zdrowia), kasy chorych oraz Towarzystwa przeciwgruźlicze.

Wykłady teoretyczne będą dostępne dla ogółu lekarzy, bez żadnego ograniczenia i bez opłat. Kurs rozpocznie się dnia 15-go stycznia 1931 r.

Z ukończenia kursu wydane będzie zaświadczenie po uprzedniem złożeniu końcowego egzaminu.

Komisja organizacyjna kursu zwraca uwagę na konieczność dokładnego przestudjowania przez kandydatów na kurs książki p. t. „Gruźlica i jej zwalczanie", wydanej pod redakcją prof. dr. S. Ciechanowskiego przez P. Z. P. w r. 1927. Dokładne przestudjowanie tego dzieła umożliwi słuchaczom kursu wykorzystanie należyte wykładów oraz zajęć praktycznych.

Wyróżnienie chirurga polskiego.

D-r Sampolinski, wybitny chirurg polski, przyjęty został na ostatnim kongresie chirurgów amerykańskich, jaki odbył się w Filadelfji, w poczet członków Amerykańskiego Kolegjum Chirurgów. Zaszczyt ten nadawany jest tylko najwybitniejszym chirurgom. D-r Sampolinski urodził się w Polsce, gdzie otrzymał wykształcenie średnie, a medycynę studjował na Uniwersytecie Loyola w Chicago. Obecnie jest on lekarzem w polskim szpitalu SS. Nazaretanek i profesorem Uniwersytetu Loyola.

Gruźlica wśród dzieci.

Jedną z najpoważniejszych trosk w dziedzinie opieki higjeniczno-lekarskiej nad dziećmi i młodzieżą jest szerzenie się gruźlicy. Liczba poradni przeciwgruźliczych dla dzieci wzrosła w ciągu ostatnich 4 lat o 200 proc.; w r. 1926 liczba poradni wynosiła 65, obecnie mamy 209 poradni przeciwgruźliczych.

W pracy nad zwalczaniem gruźlicy, obok organizacji społecznych i samorządowych, czynny udział biorą towarzystwa przeciwgruźlicze, prowadzące liczne przychodnie.

Warszawa liczy 18 poradni przeciwgruźliczych prowadzonych przez różne instytucje, między in. przez warsz. Tow. przeciwgruźlicze, magistrat m. st. Warszawy, polski komitet pomocy dzieciom, Tow. „Brijus", Tow. „Toz" i inne.

Z inicjatywy polskiego Związku przeciwgruźliczego i warsz. Tow. przeciwgruźliczego podjęto kroki w celu podziału Warszawy na okręgi w stosunku do poradni przeciwgruźliczych.

Miejskie poradnie lekarskie.

Ze sprawozdania z działalności szpitalnictwa miejskiego w roku budżetowym 1929/30 wynika, że działalność poradni lekarskich w tym okresie znacznie się zwiększyła. Pomimo, że liczba przychodni pozostała w porównaniu z rokiem poprzednim bez zmiany, liczba porad pierwszych ze 157.095 wzrosła do 182.222. Odpowiednio też wzrosła ogólna liczba chorych. Łącznie pierwsze i następne porady wyniosły 454.716, z czego nieco więcej, niż połowa (59.7 proc.) przypada na porady wtórne. Dzieci do lat 15 tworzą przeszło 11 proc. zwracających się o pomoc do poradni.

Kliniki uniwersyteckie nie odgrywają wielkiej roli w całokształcie pracy przychodni ze względu na małą liczbę chorych, jakich przyjmują.

Przez wszystkie kliniki przeszło 6.593 chorych. Śród pacjentów przychodni pierwsze miejsce zajmują chorzy na choroby wewnętrzne (35.2 proc.). U chorych wewnętrznych ujawniono 1.282 przypadki ostrych chorób zakaźnych, głównie śród dzieci i 3.694 przypadki gruźlicy.

Najwięcej osób przeszło przez Szpital św. Ducha, najmniej przez przychodnie na Ochocie i Targówku. Godzin przyjęć w ciągu roku było 29.565. W największych przychodniach, jak naprz. w szpitalu starozakonnych pracowało 24 lekarzy, przy szpitalach św. Ducha lub Dzieciątka Jezus 18—19 lekarzy.

Walka z rakiem.

Odbył się w Krakowie III zjazd mikrobiologów polskich. W pierwszym dniu obrad skoncentrowano uwagę na kwestję badań nad rakiem. Na tym najważniejszym odcinku walki medycyny z gnębiącemi ludzkość chorobami padły w Krakowie słowa ważkie, być może znamionujące zbliżający się dzień zwycięstwa medycyny. Prof. patologji doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego, dr. Klecki, w pierwszym referacie zobrazował wynik dotychczasowych badań nad rakiem, który w ostatnich czasach rozpowszechnia się z coraz bardziej zatrważającą szybkoscią i w krajach o silnie rozwiniętym przemyśle chemicznym, jak Niemcy i Ameryka, zabiera więcej ofiar niż gruźlica. Reasumując wyniki dotychczasowychbadań, prof. Klecki stwierdził, że samą komórkę nowotworową poznaliśmy już dobrze, pozostaje szukanie przyczyn powstawania nowotworów złośliwych i powiązanie tych nici, które już mamy, w jedną całość. Prof. Hirszfeld z Warszawy w następnym referacie zwiastował nadzieję zwycięstwa w walce z rakiem. Jego badania nad diagnostyką serologiczną raka, które budzą wielkie zainteresowanie w całym świecie lekarskim, rokują nadzieję, że w tej drodze znajdziemy metodę pozwalającą na wcześniejsze rozpoznawania choroby raka przez badania krwi, podobnie jak dziś już rozpoznajemy syfilis w drodze reakcji Wassermana. Prof. Hirszfeld ma pozatem nadzieję, że dalsze badania w tym kierunku doprowadzą go do uzyskania surowicy przeciwrakowej, którą można będzie zastosować w walce z rakiem i w ten sposób leczyć go. Byłoby to największem zwycięstwem medycyny i wspaniałym sukcesem nauki polskiej.

Na posiedzeniu wiedeńskiego Towarzystwa lekarskiego, lekarz polski, dr. A. Edelmann, kierownik fundacji amerykańskiej dla zwalczania raka, zakomunikował, że udało mu się we krwi chorych na leuemię odkryć zarazek, wywołujący prawdopodobnie tę chorobę.

Błonica.

Wobec wzrastającej liczby wypadków dyfterytu, przypomnieć należy, że szczepienia ochronne odbywają się w dalszym ciągu bezpłatnie: w miejskich ośrodkach zdrowia w Mokotowie i Grochowie, w miejskim instytucie hygjenicznym, państwowym zakładzie hygjeny i w klinice dziecięcej uniwersytetu warszawskiego. Oprócz tego dwie lotne kolumny komitetu szczepień ochronnych przeciwbłonicznych szczepią dzieci w szkołach powszechnych.

Natężenie epidemji dyfterytu nie zmniejsza się. Istnieje nawet obawa jej wzmożenia. Wobec tego rodzice nie powinni ociągać się z poddaniem dzieci szczepieniom.

Epidemje.

Podług sprawozdania wydziału zdrowia magistratu za r. 1929/30, liczba chorych na dur brzuszny wynosiła w okresie sprawozdawczym 1.781. Z tego 264 (14.8 proc.) było przyjezdnych. Z tej liczby zmarło 178, t. j. 10 proc., o 2.7 proc. mniej, niż w r. 1928/29. Leczyło się w szpitalach 1,642 chorych (92.2 proc. wszystkich zarejestrowanych przypadków). Epidemja duru brzusznego była w r. 1929/30 znacznie większa, niż w roku 1928/29, przebieg zaś jej był lżejszy.

Inspekcja zdrowia.

Minist. spraw wewnętrznych rozesłało do wewodów okólnik, w którym podaje instrukcję. normującą i upraszczającą zasady prac inspekcji wojewódzkiej służby zdrowia.

Według Inspekcji. organami wojewodzkiej inspekcji zdrowia są: naczelnik wydziału zdrowia, inspektor lekarski oraz inspektor farmaceutyczny.

Każdemu z nich podlega ściśle określony dział pracy, omówiony w instrukcji.

Zarządzenia sanitarne.

Stan sanitarny w wielu miejscowościach uleg pogorszeniu.

Ma być wydany okólnik p. ministra spraw wewnętrznych, przypominający wszystkie poprzednie zarządzenia. Okólnik pobudzić ma władze miejscowe do porządkowania osiedli na większą skalę.

Akcja ta rozpocząć się ma jeszcze w okresie zimy.

Badanie żywności.

Badanie żywności prowadzone jest skrupulatnie tylko w Wielkopolsce i w Warszawie. W innych dzielnicach Polski badań albo się zupełnie nie prowadzi, albo prowadzone są w bardzo małym zakresie.

Swego czasu minist. spraw wewnętrznych wydało zarządzenie w tej sprawie, wprowadzając w całem państwie obowiązek dokonywania badań żywności. Zarządzenie pozostało na papierze i obecnie wymaga napomnień ze strony władz centralnych do władz wojewódzkich.

Władze zwrócą specjalnę uwagę na badanie żywności. Specjalną uwagę zwróci się na artykuły wiejskie, przywożone do miast i miasteczek w stanie nie zawsze odpowiednim.

Ochrona rzek przed zanieczyszczaniem.

W departamencie służby zdrowia ministerjum spraw wewnętrznych odbyło się pod przewodnictwem inż. Rudolfa pierwsze posiedzenie podkomisji rzeczoznawców, wyłonionej przez międzyministerjalną komisję do spraw ochrony rzek przed zanieczyszczaniem.

Przeprowadzono dyskusję nad organizacją badań naszych rzek.

Kinematografy.

Przepisy o bezpieczeństwie lokali kinowych są opracowane przez min. robót publicznych i będą w najbliższej przyszłości ogłoszone. Opierają się one na ustawie o prawie budowlanym. Kina istniejące będą się musiały w ciągu pewnego okresu zastosować do nowych wymagań. Przepisy ujęte są z punktu widzenia bezpieczeństwa pożarowego. Wprowadza się obowiązek odosobnienia kabin, urządzania dodatkowych źródeł oświetlenia i wyjść zapasowych, znosi się przystawki do siedzenia w przejściach.

Walka z dymem.

W dyrekcji wodociągów i kanalizacji m. Warszawy odbyło się posiedzenie, poświęcone zagadnieniu walki z zadymianiem dzielnic przez kominy stacji filtrów, stacji pomp rzecznych i stacji przepompowywań na Karowej.

Ustalono, że należy dążyć do zelektryfikowania urządzeń napędowych na tych stacjach i instytucjach, podlegających dyrekcji. Stwierdzono, że częściowo pracę w tym kierunku już przeprowadzono. Stacja przepompowań na Karowej będzie z biegiem czasu usunięta. Ponieważ elektryfikacja wszelkich urządzeń wodociągowych i kanalizacyjnych wymaga wielkich inwenstycji i czasu, postanowiono narazie doraźnie zabezpieczyć wielkie kominy w ten sposób, aby zadymianie powietrza osłabło.

Walka z pożarami.

Od wielu już lat Związki strażackie. zjednoczone w głównym Zw. straży pożarnych R. P. pracują nad stworzeniem jednolitego systemu wyszkolenia straży pożarnych. Jest to szczególnie ważne ze względu na konieczność jak najlepszego wyzyskania zbyt nielicznych—w stosunku do potrzeb—oddziałów straży, oraz na wprowadzenie coraz bardziej skomplikowanych narzędzi strażackich.

Owocem wieloletniej pracy głównego Związku straży i jego komisji technicznej jest wydany ostatnio zbiór instrukcji ćwiczebnych dla straży pożarnych. Są one wynikiem długotrwałych studjów teoretycznych i praktycznych, opartych na zasadach naukowej organizacji pracy i doświadczeniach, osiągniętych przez fachowców, doskonale obznajmionych z metodami prowadzenia ćwiczeń pożarniczych.

Wydanie tych instrukcji zbiega się z opracowaniem przez główny Związek straży pożarnych wzorowych programów wyszkolenia.

Wprowadzone w naszych strażach systemy szkolenia okazały się skuteczne, czego dowodem sukcesy, odniesione przez Polskie straże na konkursach międzynarodowych.

Minist. spraw wewnętrznych wydało nowy wzór rozporządzenia porządkowego do wojewodów o zapobieganiu pożarom.

Przepisy zawierają m. in. paragraf, na którego podstawie każdy mieszkaniec w promieniu 15 km. od miejsca pożaru obowiązany jest dostarczyć w razie alarmu swój wóz i konie z uprzążą, oraz wszelki sprzęt ratunkowy, stanowiący jego własność; ponadto mieszkańcy obowiązani są do czynnego udziału w ratunku.

W planach warsz. straży ogniowej zajmuje poważne miejsce budowa sieci sygnalizacyjnej dla całego miasta. Komenda posiada zupełnie dokładne plany, według których Warszawa podzielona jest na rejony sygnalizacyjne i ma być zaopatrzona w sygnały uliczne.

Przeprowadzenie sygnalizacji wymaga własnej linji kablowej. W niektórych miastach wyzyskiwane są dla takich celów kable linji telefonicznych. W tej sprawie prowadzone są rokowania z zarządem telefonów warszawskich. Gdyby rokowania dały dobry skutek, sprawa sygnalizacji stałaby się realna.

Minist. spraw wewnętrznych otrzymuje zawiadomienia z prowincji, że powstają tem pożary w liczbie przekraczającej normalną. Pożary te niewątpliwie łączą się z okresem zimowym, podczas którego łatwiejsze jest zaprószenie ognia, niż w lecie.

Władze lokalne prowadzą od kilku lat badania każdego wypadku pożaru i okazuje się, że po większej części powstają one wskutek wadliwego budowania przewodów kominowych na prowincji. Za czasów rosyjskich nadzór budowlany był słaby i tylko w rzadkich wypadkach władza policyjna interesowała się tem, jak się dany dom na prowincji buduje.

Obecnie na podstawie ustawy o prawie budowlanem władze wydadzą przepisy, dotyczące budowli wiejskich i małomiasteczkowych, przytem ustalone będzie również, do kogo należeć będzie nadzór nad wykonywaniem dokładnem i planowem tych budowli. Wszelkie plany wymagać będą skontrolowania przez inżynierów powiatowych sejmikowych.

Redaktor działu lekarskiego: **Dr. Józef Zawadzki.**
Redaktor i Wydawca: **Mieczysław Swoboda-Trzebiński.**

Redakcja czynna codziennie prócz sobót i dni świątecznych od godz. 12 do 14.

PRENUMERATA wraz z przesyłką pocztową Zł. 12 rocznie, z dodatkiem w postaci 4-ch tablic „Ratownictwo w obrazach" lub rocznikiem zeszłorocznym Zł. 20. Pojedyńczy egzemplarz 1 zł.

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Kopernika 37, tel. 633-63. Konto w P. K. O. Nr. 14.661.

Druk A. Białobrzeskiego, Warszawa, Żórawia 7, tel. 245-83.

